

Styrt av tilfeldige tall

Det psykiske helsevernet for barn og unge (HVBU) er basert på tall som en ikke forstår effekten av over lengre tid. Dette fører til dårligere kvalitet av tjenestene til barn og unge.

TEKST

Leif Skrede

Peter G. Zehentbauer

PUBLISERT 5. april 2009



TILFELDIG: Skrede og Zehentbauer mener Helsedepartementets anvendelse av måltall i psykisk helsevern for barn og unge ikke er nok gjennomtenkt.

Foto: Flickr.com

DEBATT: MÅLTALL

I fjorårets novemberutgave kritiserte debattantene myndighetenes bruk av måltall i psykisk helsevern. Denne gangen følger de opp med å vise til konkrete tall fra en BUP.

Det sentrale måltallet i opptrappingsplanen er at dekningsgraden skal være 5 prosent. I løpet av et år skal altså 5 prosent av alle barn og unge ha et tilbud innen HVBU. I Stortingsmelding nr 25 (side 142) heter det at 20 prosent av alle barn har psykiske problemer og at 5 prosent trenger behandling fra spesialisthelsetjeneste.

Tallet kommer fra tverrsnittsundersøkelser. Hva skjer så når man bruker dette tallet hvert år over lang tid som måltall for å styre HVBU? Vi mener at det oppstår en kumulering som fører til et for høyt pasienttall. Vi har i et tidligere innlegg regnet ut et estimat. La oss nå se på reelle tall fra en alminnelig Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Norge.

Reelle tall

Mellom 1990 og 2008 har BUP-en vi har fått tall fra registrert 1700 barn i systemet. I opptaksområdet finnes det til en hver tid ca 7000 barn. Årlig blir det født ca 300 barn. Fra 1990 til 2008 har det altså levd totalt 12 400 barn og unge mellom 0 og 18 år i området ($7000 + 18 \times 300$). I løpet av de siste atten årene har BUP-en følgelig registrert nesten 14 prosent av alle barn som har levd i opptaksområdet. I ti år av denne perioden har en brukt kun to prosent som måltall.

«Det er ikke mulig å få til god behandling når man fortsetter med å brukemåltallet på fem prosent»

I 2008 – på tampen av opptrappingsperioden – registrerte BUP-en 170 nye pasienter. Hvis en fortsetter på samme måten i 18 år til vil den ha 3060 registrerte pasienter i 2026. Går vi ut fra at fødselstallene og befolkningsgrunnlaget forblir det samme som i dag, vil BUP-en ha hatt registrert 25 prosent av alle barn og ungdom mellom 0 og 18 år. Disse vil også ha fått en psykiatrisk diagnose. Ved å hente inn tall fra BUPDATA vil man lett kunne gjøre det samme regnestykket for hele landet.

Urealistiske krav

Vi har et klart inntrykk av at det har blitt et for sterkt fokus på å nå måltallet, og at det derfor utøves press på terapeutene om å få ned antall behandlinger per pasient for å kunne nå flest mulig pasienter. Kvaliteten av behandlingen blir det lite fokus på.

La oss se på et annet styringsdokument, Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Her finner vi mye god faglig tenkning. I avsnittet om utredning og diagnostikk (S. 28 ff) finner vi gode beskrivelser for hvor grundig utredning og diagnostikk skal utføres. Selv om en kan diskutere metoder og innhold er vi helt enige i grundigheten som anbefales. Men, hvilke konsekvenser har en slik arbeidsmåte?

Meningsløst få tiltak

En slik skissert utredning vil ofte trenge ca 8–10 tiltak/timer per pasient. Hvis vi går ut fra at de fleste henviste barn skal få en slik grundig undersøkelse, vil en i løpet av et år bruke 500 000 tiltak/timer. Dette er 70 prosent av den totale tiltaksmengden (717 000 jf nøkkeltall for spesialisthelsetjeneste 2007). Det betyr at dersom man utreder de fleste

henviste barn slik det er anbefalt i veilederen, har man igjen ca 220 000 tiltak for behandling eller fire behandlingstiltak per henviste pasient. En alminnelig behandling består gjerne av individualterapi en time i uken, foreldreveiledning en time annen hver uke og konsultasjon på skolen to timer per måned. Til sammen utgjør dette ca 80 tiltak per år. Med de 220 000 tiltakene som man har til overs etter endt utredning, vil man altså klare å behandle 2750 barn. Dette er selvsagt meningsløst lite.

Med en anbefalt dekningsgrad på fem prosent av alle barn og ungdom, har man på langt nær store nok ressurser til å gi dem god nok behandling. For ikke å snakke om 25 prosent – som i eksempelet over.

Slik vi har vist er det ikke mulig å få til god behandling når man fortsetter med å bruke måltallet på fem prosent. Det må være en realistisk sammenheng mellom antall barn som skal nåes og de ressursene som man faktisk trenger for god nok behandling. u

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 4, 2009, side

TEKST

Leif Skrede, klinisk pedagog

Peter G. Zehentbauer, spesialist i klinisk psykologi